

Domanda di iscrizione per la partecipazione ai corsi di formazione per gli addetti all'attività di Vendita, Consulenza, Acquisto ed Utilizzo dei prodotti fitosanitari
 ai sensi della DGR 163 del 4/03/2015 Servizio Sanità Veterinaria, Igiene e Sicurezza degli Alimenti

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____, il _____

residente in _____ prov. _____

via/piazza _____ n° _____ CAP _____

cellulare _____ telefono _____

fax _____ e-mail _____

C.F. _____

Titolo di studio (indicare l'ultimo conseguito) _____

Campi Obbligatori

in qualità di :

	Titolare
	coadiuvante/collaboratore familiare
	lavoratore dipendente anno di assunzione _____ mansioni svolte _____
	Altro (studente, pensionato, etc.)

dell'azienda _____

con sede legale in _____ Via _____

Partita IVA n. _____

chiede di partecipare al seguente corso

	Corso di formazione obbligatoria per il conseguimento del certificato di abilitazione per consulente di prodotti fitosanitari (durata 25 ore)
	Corso di formazione obbligatoria per il conseguimento del certificato di abilitazione per distributore di prodotti fitosanitari (durata 25 ore)
	Corso di formazione obbligatoria per il conseguimento del certificato di abilitazione per utilizzatore di prodotti fitosanitari (durata 20 ore)
	Corso di formazione obbligatoria per il conseguimento del rinnovo del certificato di abilitazione per consulente di prodotti fitosanitari (durata 12 ore)
	Corso di formazione obbligatoria per il conseguimento del rinnovo del certificato di abilitazione per distributore di prodotti fitosanitari (durata 12 ore)
	Corso di formazione obbligatoria per il conseguimento del rinnovo del certificato di abilitazione per utilizzatore di prodotti fitosanitari (durata 12 ore)

Dichiara:

1. di essere a conoscenza di tutte le condizioni di partecipazione alle attività formative;
2. di comunicare tempestivamente, a mezzo lettera raccomandata, nel caso di rinuncia, la mancata partecipazione alle attività cursuali;
3. di non essere interessato da nessuna condizione ostativa alla partecipazione;

Si impegna :

1. a frequentare le lezioni previste dalla programmazione didattica senza possibilità di assenze se non per giustificati motivi;



2. A versare, prima dell'avvio delle attività formative la somma di €. _____ quale quota di iscrizione obbligatoria;
3. Ad accettare sia la programmazione didattica fissata che la sede di svolgimento dell'azione formativa come da elenco sedi accreditate;
4. A fornire documentazione di identità in corso di validità

Il corso verrà attivato solo al raggiungimento di almeno 30 partecipanti.

Al termine dell'attività formativa verrà rilasciata idonea attestazione come stabilito da normative vigenti e relativa fattura di avvenuto pagamento.

Allega alla presente: - copia fotostatica del proprio documento di identità in corso di validità
- altra documentazione _____

Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei propri dati personali.

Luogo _____ li _____

Firma

Per informazioni rivolgersi : CIPAT Abruzzo 085.388255
E MAIL info@cipatabruzzo.it
cipatabruzzo@pec.it

PER ULTERIORI CONTATI:

- Sede Provinciale CIA Chieti
- Sede Provinciale CIA Pescara
- Sede Provinciale CIA Teramo
- Sede Provinciale CIA l'Aquila